

診療情報提供書(紹介状)兼検査申込書

(CT MRI RI 骨密度検査用)

紹介先医療機関名

市立青梅総合医療センター

放射線診断科(CT MRI RI 検査)

整形外科(骨密度検査)

紹介元医療機関名

住所

電話

放射線診断科受付 0428-22-3191 内線 11501

医師名 _____

患者様情報

フリガナ		性別	生年	大正・昭和・平成・令和
氏名		男・女	月日	年 月 日 () 歳
住所	〒 -		電話	自宅
			番号	携帯

診療情報

紹介目的		主訴・傷病名等	
検査日時	年 月 日 ()		時 分
<input type="checkbox"/>	C T	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 脊椎 ()
		<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 上肢 () <input type="checkbox"/> 下肢 () <input type="checkbox"/> その他 ()
・造影、造影の有無を当院にお任せいただく場合は、体重(Kg)と腎機能障害の有無(Cre や eGFR)をご記入ください。 ・ビグアナイド系の糖尿病薬を内服中の患者さまは検査前後に休薬が必要となります。事前にお知らせください。			
<input type="checkbox"/>	M R I	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 脊椎 ()
		<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 上肢 () <input type="checkbox"/> 下肢 () <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/>	R I	<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/>	骨密度	身長	cm 体重 kg
症状・経過検査についての連絡、要望等			

保険情報

保険者番号		記号・番号	
公費負担番号		公費受給者番号	
資格取得年月日		有効期限	
被保険者氏名	本人・家族		<input checked="" type="radio"/> 一部負担金割合 割

※保険情報は上記、保険情報欄にご記入いただくか、保険証のコピーを FAX してください。

第二公費をお持ちの場合は医療券のコピーも FAX してください。

診療情報提供書(紹介状)兼検査申込書 FAX 送付先

24 時間 (土日、祝日も含む)	0428-25-1854 (地域医療連携室直通)
------------------	--------------------------